

年度 妊婦健康診査委託料請求書
(年 月分)

年 月 日

周防大島町長 様

医療機関所在地

医療機関名称

代表者職名・氏名

印

妊婦健康診査を別途受診票のとおり実施しましたので、請求します。

請求金額 金 円

回数	単 価 (円)	件数	金 額 (円)	回数	単 価 (円)	件数	金 額 (円)
1	2 5, 9 7 0			8	すでに、HTLV-1 抗体検査をしているため実施しない場合 1 1, 9 7 0		
	HTLV-1 抗体検査を実施した場合 2 9, 0 0 0				HTLV-1 抗体検査を実施した場合 1 5, 0 0 0		
2	5, 7 8 0			9	5, 7 8 0		
3	5, 7 8 0			10	7, 5 8 0		
4	1 0, 5 6 0			11	5, 7 8 0		
5	5, 7 8 0			12	1 0, 4 2 0		
6	3, 7 8 0			13	3, 7 8 0		
7	5, 7 8 0			14	3, 7 8 0		

回数	検査項目	単 価 (円)	件数	金 額 (円)
	クラミジア抗原検査	1, 8 8 0		

支払いは下記の口座に振り込みをお願いします。

【口座振込先】

口座振替	金融機関名		普通	口座番号
	支店名・支所名		当座	
	ふ り が な			
	口 座 名 義			